



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2008 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO
ATENCIÓN A PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN ATENCIÓN
PRIMARIA: PRÁCTICA CLÍNICA Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Autor/a: María Elena Veintemilla Gallart

Tutor/a: Maria Ascensión Sesé Sánchez

CALIFICACIÓN.

--

ÍNDICE:

1.INTRODUCCIÓN.....	2-4
2.OBJETIVO.....	5
3.METODOLOGÍA	
3.1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	6
3.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LITERATURA.....	6
3.2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	6-7
3.2.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y RESULTADOS.....	7-8
3.2.3. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	8
4. DESARROLLO	
4.1. DESCRIPCIÓN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	9
4.2.1. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	9-12
4.2.2. TABLAS RESUMEN.....	12
5. CONCLUSIONES.....	13-14
6. BIBLIOGRAFÍA.....	15-18
7. ANEXOS	
7.1. ANEXO I.....	19
7.2. ANEXO II.....	20
7.3. ANEXO III.....	21
7.4. ANEXO IV.....	22
7.5. ANEXO V.....	23-27
7.6. ANEXO VI.....	28-31
7.7. ANEXO VII.....	32-43

1. INTRODUCCIÓN

Sobrepeso y Obesidad se definen como un cúmulo excesivo o anormal de grasa corporal, que puede ser perjudicial para la salud. Se trata de una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre fenotipo y ambiente; que predispone a la aparición de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patologías endocrinas, cardiovasculares, ortopédicas y psicológicas principalmente. ⁽¹⁻⁷⁾

El parámetro más utilizado para definir y clasificar sobrepeso y obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), indicador simple que relaciona peso y talla -peso corporal (kg)/talla (m)² -; ya que guarda una buena relación con la grasa corporal y permite clasificar esta patología en diferentes grados ^{anexo 1} -clasificación asumida por la OMS-. A pesar de esto, numerosos estudios científicos lo consideran un parámetro definitorio incompleto. ^(1, 8)

La OMS define sobrepeso como un IMC igual o superior a veinticinco, y obesidad como un IMC igual o superior a treinta; considerándola como una enfermedad con consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan a la calidad de vida de la persona que la padece. ^(6, 9)

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, convirtiéndose en uno de los principales problemas de Salud Pública en la actualidad debido a su gravedad, magnitud y tendencia ascendente ⁽³⁾. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas adultas. Según datos del 2005, más de 400 millones de adultos presentan obesidad ⁽³⁾, y solamente menos del 5% de la misma es producida por alteraciones genéticas o endocrinas. El 95% restante de los casos padecen obesidad exógena o nutricional; estrechamente ligada a una alimentación desequilibrada y vida sedentaria. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Esta enfermedad se asocia con una elevada morbi-mortalidad y constituye un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, tales como hipertensión, cardiopatías, dislipemias, diabetes mellitus tipo II, afecciones respiratorias, ortopédicas, psicológicas y ciertos tipos de cáncer, entre otras. ^(1,4)

Según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística en 2009 ^{Anexo 2} y el Ministerio de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón en Estrategia Pasear 2011-2016; más de la mitad de la población adulta española tiene

exceso de peso (54.5%), ocupando uno de los primeros lugares en la Unión Europea en cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad ⁽¹²⁾. A su vez, los índices de sobrepeso y obesidad aumentan con la edad, llegando a un pico máximo a los 65-74 años, donde más del 70% de la población presentan sobrepeso u obesidad, siendo la prevalencia de obesidad similar en ambos sexos. Sin embargo el sobrepeso es muy superior en hombres.

(12) anexo 3 y 4

No menos importante, este problema de salud ocasiona en España un gasto sanitario anual superior a 2.500 millones de euros, alrededor del 7% del gasto sanitario total. ^(1,9)

Otro problema a tener en cuenta es que muchos aspectos organizativos de los que está dotada la Atención Primaria (AP) están basados en los intereses, necesidades y perspectivas de los profesionales sanitarios; donde el ciudadano paciente no es el referente básico de la organización encontrándose sujeto a criterios de funcionamiento de los centros sanitarios, que en numerosas ocasiones no tienen suficientemente en cuenta sus demandas, necesidades y expectativas. Así mismo, el planteamiento del trabajo en equipo no consigue hacerse efectivo; pues queda patente una falta de entendimiento entre médicos y enfermeras en relación a sus respectivos papeles en AP. Es necesario destacar que la asignación de profesionales de enfermería se lleva a cabo casi exclusivamente en función del número de médicos del centro; siendo contrario a una política de calidad de cuidados adecuada, ya que la atención enfermera se organiza por tareas; lo que propicia una productividad basada en los números y no en los resultados e impide una visión integral de la atención enfermera de un paciente. ^(13, 14)

Las características de esta enfermedad y el perfil del paciente que la padece o presenta factores de riesgo de padecerla, requiere cuidados para su prevención, control, detección precoz y/o tratamiento, siendo fundamental garantizar la continuidad y calidad de la atención, la participación de equipos multidisciplinares y la coordinación entre niveles sanitarios asistenciales y recursos sociales (es necesario actuar tanto en el ámbito sanitario; individual, familiar y comunitario; educativo y/o laboral; como en el ámbito empresarial). En estos cuidados la atención primaria de salud debe tener un papel fundamental; y aunque la información y la educación

son básicas para la prevención y resolución de este problema de salud pública, es necesario complementarlo con intervenciones destinadas a modificar el entorno social, económico y físico para fomentar y favorecer los estilos de vida saludables. ^(9, 12, 15)

Así pues, son necesarias recomendaciones basadas en la evidencia científica para ayudar a tomar decisiones sobre el diagnóstico, evaluación y tratamiento del exceso ponderal y posibilitar una atención más homogénea y de calidad.

2. OBJETIVO

Describir la práctica clínica enfermera llevada a cabo en atención primaria en pacientes con sobrepeso y obesidad, comparando con los indicadores de continuidad y calidad de cuidados existentes encontrados a través de una revisión bibliográfica de la literatura científica actual.

3. METODOLOGÍA

3.1- Análisis del Protocolo de atención al paciente con sobrepeso y obesidad en Atención Primaria correspondiente al centro de salud Parque Roma, perteneciente al Sector Sanitario de Zaragoza II, en el año 2012.

3.2 - Revisión bibliográfica de literatura científica que pretende examinar las variables e indicadores de continuidad y calidad de cuidados en pacientes con sobrepeso y obesidad.

- **3.2.1 Tipo de estudio:**

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica de actualidad sobre sobrepeso y obesidad en adultos y práctica clínica enfermera en centros de Atención Primaria (AP) en pacientes con sobrepeso y/o obesidad; utilizando como fuentes de información bibliográficas: *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS(CDSR)*: base de datos que incluye revisiones sistemáticas y protocolos elaborados por aproximadamente cincuenta grupos compuestos por personas de todo el mundo especializados en áreas concretas de atención sanitaria; que cuentan con el apoyo del Grupo Colaborador de Revisión (<http://www.bibliotecacochrane.com>); *CUIDEN®*: base de datos de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud; tanto de contenido clínico-asistencial como de promoción de salud, y cuyos contenidos son evaluados previamente por un comité de expertos (<http://www.doc6.es/index/>); *PubMed*: sistema de búsqueda desarrollado por *National Center for Biotechnology Information (NCBI)* en la *National Library of Medicine (NLM)*, que permite el acceso a bases de datos MEDLINE, preMEDLINE, Genbak y Complete Genoma; y que abarca campos de la medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencia preclínicas (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>); *Dialnet*: base de datos de la Fundación Dialnet de contenidos científicos hispanos creada por la Universidad de La Rioja (España), que cuenta con la colaboración de numerosas universidades españolas e hispanoamericanas

(dialnet.unirioja.es); *Elsevier*: editorial líder de libros de medicina y literatura científica del grupo Reed Elsevier (<http://www.elsevier.es>); *Google Académico*: buscador de Google que permite buscar bibliografía especializada en numerosas disciplinas (<http://scholar.google.es/>); página web del *Instituto Nacional de Estadística (INE)* (<http://www.ine.es>) , página web del *Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad* (<http://www.msps.es>); y página web del *Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón* (<http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/>).

• 3.2.2 Estrategia de búsqueda y resultados

Se realizaron trece búsquedas en ocho fuentes de información: tres búsquedas en *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS (CDSR)* realizadas el 26 de *Febrero* con las palabras clave *obesidad, sobrepeso, intervención comunitaria, prevención obesidad y adultos*, utilizando el operador booleano *AND*, con los siguientes límites: *lenguaje libre, publicaciones realizadas entre 2002 y 2012, edad superior a dieciocho años, texto libre*. Una búsqueda en *CUIDEN®* realizada el 1 de *Marzo* con las palabras clave *obesidad, control*, utilizando el operador booleano *AND*, con límites: *lenguaje libre, texto completo*. Dos búsquedas realizadas en *Dialnet* realizadas el 10 y 11 de *Marzo* con las palabras clave *obesidad, sobrepeso, enfermería adultos, control obesidad, atención primaria* con límites: *materia Ciencias de la Salud, idioma Español, publicaciones realizadas entre 2002 y 2012*. Dos búsquedas realizadas en *PubMed* el 14 y 16 de *Marzo* con las palabras clave *obesity primary care/ obesity nurse primary care* con límites: *humans, all adults:19+ years / full text, humans, all adults: 19+ years, Published in the last 10 years*. Dos búsquedas en *Google Académico* el 19 de *Marzo* con las palabras clave *atención obesidad enfermería/ no infantil*, con los límites: *al meno resumen, desde el 2002/ al menos resumen, fechas entre 2002-2012, marcador booleano NOT*. Una búsqueda en <http://www.ine.es> a fecha de 26 de *Febrero* con palabras clave *obesidad, España*. Una búsqueda en <http://www.msps.es> el 20 de *Marzo* con palabras clave *estrategia NAOS*. Una búsqueda en <http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/>

SanidadBienestarSocialFamilia/ el 20 de *Marzo* con palabras clave *estrategia PASEAR*.^{Anexo 5}

• **3.2.3 Selección de documentos:**

-Los criterios de inclusión empleados en esta revisión bibliográfica fueron: cualquier estudio con evidencia científica; participantes en estos estudios: pacientes, personal de enfermería y resto de profesionales sanitarios; Contexto de intervención: Atención Primaria; Edad: sobrepeso o/y obesidad en personas de dieciocho y más; Fecha: documentos publicados entre 2002 y 2012; Medidas de resultado: IMC, satisfacción de usuarios y profesionales, prevalencia obesidad y sobrepeso.

-Como criterios de exclusión: Artículos duplicados; Obesidad infantil y adolescente; Artículos que no sean de texto libre ni que tengan acceso al texto completo.

4. DESARROLLO

4.1-Descripción del Protocolo de atención al paciente con sobrepeso y obesidad en Atención Primaria correspondiente al centro de salud Parque Roma, perteneciente al Sector Sanitario de Zaragoza II, en el año 2012.

Este protocolo utilizado en los Centros de Atención Primaria se encuentra informatizado, a través del sistema informático OMI-AP; donde quedan registrados todos los datos del paciente e intervenciones realizadas sobre el mismo, tanto médicas como enfermeras como de otros profesionales sanitarios. Una vez registrados los parámetros antropométricos del paciente y diagnosticado un exceso ponderal, el profesional de enfermería lleva a cabo un plan de cuidados (P.A.E), en el que el diagnóstico (NANDA) es *desequilibrio nutricional por exceso*; quedando reflejados unos resultados (NOC) que se deben alcanzar, con sus respectivas intervenciones (NIC). El personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo un seguimiento periódico del paciente, realizando consejo dietético y sobre actividad física y de atender y satisfacer todas las necesidades que presente el paciente en el transcurso de su enfermedad.^(anexo 6)

4.2.1-Resultados de la revisión bibliográfica:

Para la realización de esta revisión bibliográfica centrada en la práctica clínica enfermera llevada a cabo en Atención Primaria en pacientes con sobrepeso y obesidad, se han considerado de interés tres aspectos principalmente, hacia los que se ha dirigido la búsqueda de información: conocimiento del marco teórico en el que se sitúa la obesidad, obteniendo información sobre dicha patología tanto a nivel médico-científico como epidemiológico; obtención de resultados en pérdida de peso recogidos en diferentes ensayos y estudios científicos; y conocimiento de las actitudes, aptitudes y grado de satisfacción tanto de pacientes como de profesionales sanitarios en el contexto de Atención Primaria:

MARCO	TEÓRICO	DE	SOBREPESO	Y	OBESIDAD
-------	---------	----	-----------	---	----------

A. Documento de consenso que analiza intervenciones realizadas en la práctica clínica para el riesgo cardiovascular con el propósito de promover medidas eficaces de detección, prevención y tratamiento.

B. Pretende estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, identificando grupos de riesgo.

C. Realizado para conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y evaluar la asociación de los mismos con el nivel de conocimientos sobre alimentación y seguimiento dietético.

D. Aporta información sobre definición, consecuencias, magnitud, variaciones sociodemográficas, tendencia y determinantes de la obesidad.

ESTUDIOS Y ENSAYOS CIENTÍFICOS SOBRE PÉRDIDA DE PESO Y RIESGOS
--

E. Evalúa la efectividad de intervenciones dietéticas y de actividad física basadas en el modelo transteórico sobre la pérdida de peso en adultos obesos.

F. Evalúa los resultados logrados en personas con sobrepeso y obesidad, tras su participación en varias intervenciones psicológicas.

G. Estudio sobre la efectividad del asesoramiento dietético en pacientes con riesgo cardiovascular en adultos sanos.

H. Evalúa la efectividad de programas dietéticos, programas de actividad física y estrategias conductuales sobre la reducción y control del peso en pacientes con prediabetes.

I. Estudia la relación existente entre el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular realizando un seguimiento desde los 2 años de edad de cada participante hasta los 18-19 años.

J. Ensayo clínico que evalúa las pérdidas de peso logradas en tres intervenciones diferentes.

K. Análisis de las pérdidas de peso logradas con una atención estándar y con un programa comercial de pérdida de peso.

L. Evalúa la factibilidad y aceptabilidad para la pérdida de peso de dos intervenciones: atención estándar y terapia grupal guiado por personal experto.

M. Evalúa la pérdida de peso de los participantes sometidos a cuatro intervenciones diferentes.

ACTITUDES, APTITUDES Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES. CONTEXTO DE ATENCIÓN PRIMARIA
--

N. Comprueba el grado de información de la sociedad sobre la repercusión de la obesidad a nivel individual y social a través de una revisión bibliográfica en diversos medios.

O. Propone medidas e intervenciones de enfermería a desarrollar en centros de atención primaria para mejorar la atención prestada.

P. Describe y analiza las creencias y percepciones acerca de la obesidad en personas obesas tras la realización de tres entrevistas individuales.

Q. Informa de la actitud y dificultades que tienen los médicos de atención primaria ante el diagnóstico y tratamiento de la obesidad y sobrepeso.

R. Análisis de la revisión bibliográfica centrado en estudios sobre consultas de enfermería, para identificar los problemas más frecuentes y proponer mejoras.

S. Pretende conocer el grado de satisfacción y de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería.

T. Evalúa el grado de conocimiento sobre actividad física

U. Tiene como objetivo calcular el tiempo atribuible a visitas de atención primaria relacionadas con el control ponderal.

V. *Pretende* conocer la percepción que tienen los profesionales de atención primaria sobre pacientes con sobrepeso y obesidad.

W. Evaluación de un modelo de mejora de atención a pacientes con sobrepeso y obesidad en atención primaria.

X. Se pretende obtener información de médicos de atención primaria acerca de las creencias y actitudes sobre prevención y promoción de salud.

Y. Se pretende determinar si un asesoramiento médico o un asesoramiento enfermero modifican los resultados de pérdida de peso conseguidos en el paciente.

4.2.2-Tablas resumen ^{anexo 7}

5. CONCLUSIONES

- Aunque el parámetro más utilizado para definir y clasificar sobrepeso y obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC); teniendo en cuenta la importancia de los parámetros antropométricos, existe una evidencia científica sobre la necesidad que utilizar la medición del perímetro de cintura (PC) no sólo para identificar pacientes con obesidad sino también para detectar los riesgos cardiovascular y metabólico asociados. Así mismo es de vital importancia que la medición del PC se realice correctamente.

- El 95% de los casos de sobrepeso y obesidad están causados por hábitos de vida poco saludables, donde prima una alimentación desequilibrada y una vida sedentaria. Es necesario el desarrollo de intervenciones orientadas hacia distintos ámbitos de actuación: *ámbito comunitario* promoviendo estilos de vida saludables desde las primeras etapas de la vida tanto a nivel estatal como local como familiar; *ámbito educativo* aumentando la formación del profesorado en alimentación y vida saludable o promoviendo espacios y actividades en el ámbito escolar que favorezcan la actividad física; *ámbito laboral* promoviendo una vida saludable en el lugar de trabajo o adecuando la oferta de alimentos en la empresa o entorno con dietas equilibradas; *ámbito empresarial* promoviendo la producción y comercialización de productos que favorezcan una alimentación más sana u ofertando acuerdos con empresas de restauración para crear ofertas de alimentación saludable; y por supuesto el *ámbito sanitario* donde se deben prestar servicios de promoción de salud y prevención de obesidad dedicando el tiempo necesario a la educación nutricional y de actividad física en los centros de atención primaria, fundamentalmente.

- Otra realidad es el desasesoramiento que existe a nivel nutricional y de actividad física tanto en pacientes como profesionales sanitarios. Se proponen cursos específicos para el colectivo sanitario, que permita una detección, clasificación, seguimiento y tratamiento del sobrepeso y la obesidad; que a su vez mejore la educación de pacientes de modo que

muchas de las percepciones y creencias que éstos tienen sobre esta enfermedad cambien.

- Aunque las consultas de enfermería están consolidadas en la cartera de servicios de AP; la creciente demanda, la falta de tiempo, la no delimitación total de tareas entre profesionales junto con aspectos organizativos-funcionales de los centros de atención primaria hacen que la calidad de la atención prestada pueda mejorar. Estudios sugieren una remodelación del programa informático utilizado, donde el protocolo de obesidad incluido sea más exhaustivo, junto con una reestructuración y nueva planificación de las agendas de enfermería donde se contemple el tiempo necesario para la atención del usuario.

- Con la aplicación de medidas e implicación de todos pueden reducirse las prevalencias de sobrepeso y obesidad mejorando en salud, y a su vez reducirse los gastos de Salud Pública, no menos importante; ya que actualmente los gastos destinados a tratar la obesidad se calculan entorno al 7% del total.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Prida-Villa E, Monzón-Fernández MA, Sandoval-González V., Macía-Bobes C. Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria. *Enferm Clin.* 2010;20(6):366-369.
2. Martos-Cerezuela I, Mancera-Romero J, Sacristán-Visquert E, Poyatos-Ramos R, Rodríguez-Lagos JA, Ruiz-Vera S et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta de un área de Salud Urbana. *Enferm Clin.* 2010;20(5):286-291.
3. Rogero M.E, Albañil M.R, Sánchez M, Rabanal A, Olivas A. Estudio de la relación existente entre el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de un centro de salud en seguimiento desde los 2 años de edad. *Semergen.* 2011;37(4):173-180.
4. Ocampo P. Pérez-Mejía A.N. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen.* 2010;36(6):325-331.
5. Luna-Rojas JA, Baeza MN, Chávez SM, Morales MT, Olguín ME, Valentín C. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar. *Rev CONAMED* 2010; 1 15 supl 1: 11-16.
6. Shaw K, o'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, número 2.
7. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke K, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008, número 2.

8. Grupo Converge. Conferencia de consenso. Identificación, diagnóstico y control del paciente con obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular y metabólico. Med Clin (Barc).2007;128(11):429-37.

9. Millán Cuesta B, Gil Millán P. Grado de información de la sociedad sobre la repercusión de la obesidad sobre el estado de bienestar individual y social. Monográficos de investigación en salud. Fundación Index. 2011. Nº 14. Año V. 1988-3439.

10. Ter Bogt N, Bemelmans W, Beltman F, Broer J, Smit AJ, Van der Meer K. Preventing Weight Gain by Lifestyle Intervention in a General Practice Setting, Three-Year Results of a Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 2011;171(4):306-313.

11. Wadden T, Volger S, Sarwer D, Vetter M, Tsai A, Berkowitz R, et al. A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. N Engl J Med 2011; 365:1969-1979.

12. Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Estrategia PASEAR, Promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón, estrategia 2011-2016.

13. Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Sanit 2003;1(3):425-40.

14. Ruiz R, Alba A, Dios C, Jiménez C, González V, Férula de Torres LA, et al. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clin. 2011;21(3):136-142.

15. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores.

- 16.** Guitard ML, Torres J, Jürschik MP, Mirada G, Rius P, Torner MT. Factores de riesgo cardiovascular, conocimientos y actitudes acerca de la alimentación. *Enferm Clin.* 2006;16(2):63-9.
- 17.** Guerra M, Pousa L, Charro A, Becoña E. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Semergen.* 2009;35(1):15-9.
- 18.** Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesidad. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 10. art nº: CD008066.
- 19.** Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Intervenciones no farmacológicas para la pérdida de peso a largo plazo en adultos con prediabetes. *La Biblioteca Cochrane Plus.* 2008, número 2.
- 20.** Gutiérrez-Fisac JL. Epidemiología de la obesidad.
- 21.** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Información y estadísticas sanitarias 2010. Barómetro sanitario 2010.
- 22.** Jebba S, Aherna A, Olson A, Aston L, Holzapfel C, Stollb J, et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011 October 22; 378(9801): 1485–1492.
- 23.** Sniehotta FF, Dombrowski SU, Avenell A, Johnston M, McDonald S, et al. (2011) Randomised Controlled Feasibility Trial of an Evidence-Informed Behavioural Intervention for Obese Adults with Additional Risk Factors. *PLoS ONE* 6(8): e23040.
- 24.** Tsai A, Abbo E, Ogden L. The time burden of overweight and obesity in primary care *BMC Health Services Research* 2011, 11:191.

- 25.** Hansson L, Rasmussen F, Ahlstrom G. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice* 2011, 12:7.
- 26.** Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Welling K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial *Br J Gen Pract* 2009; DOI: 10.3399/bjgp09X420617.
- 27.** Ross HM, Reckless J, Lean M.. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. Counterweight Project Team. *British Journal of General Practice* 2008; 58: 548–554.
- 28.** Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr* 2003;77(suppl):1048S–51S.

7. ANEXOS

ANEXO I: CLASIFICACIÓN DEL ESTADO PONDERAL DE GARROW, POSTERIORMENTE ASUMIDA POR LA OMS

Tabla 1 Clasificación de Garrow. Estado ponderal según el IMC

IMC	Situación ponderal
< 18,5	Bajo peso
18,5–24,9	Normopeso
25–29,9	Sobrepeso
30–34,9	Obesidad grado I
35–39,9	Obesidad grado II
≥ 40	Obesidad grado III (mórbida)
IMC: índice de masa corporal.	

ANEXO II: CIFRAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) I

**Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras
RELACIÓN ENTRE PESO Y ESTATURA**

Índice de masa corporal población adulta según sexo, país de nacimiento y grupo
Unidades: porcentaje

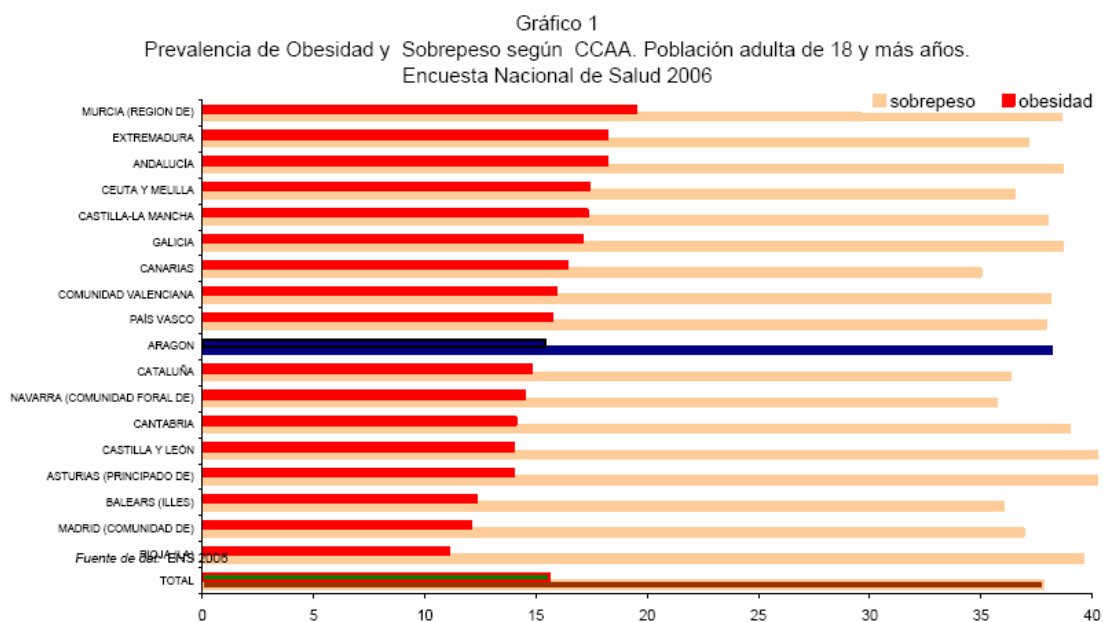
	Peso insuf	Normopes	Sobrepeso	Obesidad
Ambos sexos				
España				
Total	1,97	43,48	38,02	16,53
De 18 a 24 años	7,95	68,76	17,5	5,79
De 25 a 64 años	1,49	44,53	38,23	15,74
De 65 y más años	1,08	29,36	45,9	23,66
Extranjero				
Total	2,65	49,07	35,44	12,84
De 18 a 24 años	10,42	64,11	23,07	2,4
De 25 a 64 años	1,59	47,75	36,79	13,87
De 65 y más años	1,6	35,41	42,46	20,53

ANEXO III: DATOS OBESIDAD Y SOBREPESO EN ESPAÑA Y ARAGÓN. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. 2006

Tabla 1. Datos de Obesidad y Sobrepeso en España y Aragón.
Población infantil y adulta. ENS 2006

	ESPAÑA		ARAGÓN	
Población Infantil 1-17 años	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso
TOTAL	8,9	18,7	7,5	16,9
Varones	9,1	20,2	10,3	15,8
Mujeres	8,7	17,1	4,3	18,1
Población Adulta ≥ 18 años				
TOTAL	15,6	37,8	15,5	38,2
Varones	15,7	45,1	14,4	48,7
Mujeres	15,4	30,3	16,6	27,3

ANEXO IV: GRÁFICO PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO SEGÚN CCAA, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, 2006 Y CIFRAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) II



Mujeres y hombres

Salud

Índice de masa corporal.

Unidades: % población de 18 y más años

	Varones	Mujeres
Peso insuficiente (< 18,5 kg/m²)		
Total	0,7	3,5
De 18 a 24 años	3,6	13,3
De 25 a 34 años	0,5	5,3
De 35 a 44 años	0,2	3,1
De 45 a 54 años	0,1	1,2
De 55 a 64 años	0,2	0,6
De 65 a 74 años	0,3	0,6
De 75 y más años	1,3	2,2
Normopeso (18,5-24,9 kg/m²)		
Total	36,5	52
De 18 a 24 años	67,3	68,5
De 25 a 34 años	46,6	66,1
De 35 a 44 años	35	59,3
De 45 a 54 años	28,5	53,2
De 55 a 64 años	23,6	38,7
De 65 a 74 años	23,7	28,5
De 75 y más años	31,5	34,8
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²)		
Total	45,5	29,9
De 18 a 24 años	23,2	13,8
De 25 a 34 años	40,7	21,4
De 35 a 44 años	47,2	26,1
De 45 a 54 años	51,4	30,8
De 55 a 64 años	51,4	40,1
De 65 a 74 años	52,1	43,6
De 75 y más años	50,2	39
Obesidad (>= 30 kg/m²)		
Total	17,3	14,7
De 18 a 24 años	5,9	4,4
De 25 a 34 años	12,2	7,2
De 35 a 44 años	17,6	11,5
De 45 a 54 años	20	14,8
De 55 a 64 años	24,9	20,6
De 65 a 74 años	23,9	27,4
De 75 y más años	17,1	23,9

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. INE

ANEXO V: RESUMEN BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

FUENTES DE INFORMACIÓN	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	RESULTADOS SELECCIONADOS
BASE DE DATOS COCHRANE	Obesidad y sobrepeso	65	1
	Obesidad y sobrepeso AND intervención sanitaria	4	1
	Prevención obesidad AND adultos	46	2
BASE DE DATOS CUIDEN	Obesidad AND control	112	1
BASE DE DATOS PUBMED	Obesity primary care	496	5
	Obesity nurse primary care	22	4
BASE DE DATOS DIALNET (ELSEVIER, SEMERGEN)	Obesidad y sobrepeso enfermería adultos	2	2
	Control obesidad en atención primaria	37	6
GOOGLE ACADÉMICO (ELSEVIER)	Atención obesidad enfermería	5730	1
	Atención obesidad enfermería NOT infantil	5180	2
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL	ESTRATEGIA PASEAR. PROMOCIÓN de Alimentación y Actividad Física Saludable en Aragón. 2011-2016		
DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. GOBIERNO DE ARAGÓN	ESTRATEGIA NAOS. Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: Conjunto mínimo de indicadores.		
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA	PREVALENCIAS OBESIDAD Y SOBREPESO EN ESPAÑA		

En la base de datos *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS(CDSR)* se han realizado tres revisiones bibliográficas, obteniéndose los siguientes resultados y seleccionando los siguientes documentos de interés:

- Con las palabras clave "obesidad y sobrepeso" se han obtenido 65 resultados, seleccionando el documento *Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesidad. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 10. art nº: CD008066.*

- Con las palabras clave "obesidad y sobrepeso AND intervención sanitaria" se han obtenido 4 resultados, seleccionando el documento *Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke K, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008, número 2.*

- Con las palabras clave " Prevención obesidad AND adultos" se han obtenido 46 resultados, seleccionando los documentos *Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Intervenciones no farmacológicas para la pérdida de peso a largo plazo en adultos con prediabetes. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008, número 2 y Shaw K, o ´Rourke p, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.*

En *CUIDEN* se ha realizado una búsqueda obteniéndose un total de 112 resultados, seleccionando el documento *Millán Cuesta B, Gil Millán P. Grado de información de la sociedad sobre la repercusión de la obesidad sobre el estado de bienestar individual y social. Monográficos de investigación en salud. Fundación Index. 2011. Nº 14. Año V. 1988-3439.*

En *PubMed* se han realizado dos revisiones bibliográficas, obteniéndose:

- Con las palabras clave "Obesity primary care" con un total de 496 resultados, seleccionando como documentos de interés *Ter Bogt N, Bemelmans W, Beltman F, Broer J, Smit AJ, Van der Meer K. Preventing Weight Gain by Lifestyle Intervention in a General Practice Setting, Three-Year Results of a Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 2011;171(4):306-313, Wadden T, Volger S, Sarwer D, Vetter M, Tsai A, Berkowitz R, et al. A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. N Engl J Med 2011; 365:1969-1979, Jebba S, Aherna A, Olson A, Astona L, Holzapfel C, Stollb J, et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. Lancet. 2011 October 22; 378(9801): 1485-1492, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Avenell A, Johnston M, McDonald S, et al. (2011) Randomised Controlled Feasibility Trial of an Evidence-Informed Behavioural Intervention for Obese Adults with Additional Risk Factors. PLoS ONE 6(8): e23040 y Tsai A, Abbo E, Ogden L. The time burden of overweight and obesity in primary care. BMC Health Services Research 2011, 11:191.*

- Con las palabras clave "Obesity nurse primary care" con 22 resultados encontrados, seleccionando como documentos de interés *Hansson L, Rasmussen F, Ahlstrom G. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. BMC Family Practice 2011, 12:7, Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Welling K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial Br J Gen Pract 2009; DOI: 10.3399/bjgp09X420617, Ross HM, Reckless J, Lean M. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. Counterweight Project Team. British Journal of General Practice 2008; 58: 548-554 y Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Am J Clin Nutr*

2003;77(suppl):1048S-51S.

En DIALNET se han realizado dos revisiones bibliográficas:

- Con las palabras clave "Obesidad y sobrepeso enfermería adultos" se han encontrados un total de 22 resultados, seleccionando los documentos *Prida-Villa E, Monzón-Fernández MA, Sandoval-González V., Macía-Bobes C. Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria. Enferm Clin. 2010;20(6):366-369* y *Ruiz R, Alba A, Dios C, Jiménez C, González V, Férula de Torres LA, et al. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clin. 2011;21(3):136-142.*

- Con las palabras clave "Control obesidad en atención primaria" se han encontrado 37 resultados, seleccionando los documentos *Martos-Cerezuela I, Mancera-Romero J, Sacristán-Visquert E, Poyatos-Ramos R, Rodríguez-Lagos JA, Ruiz-Vera S et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta de un área de Salud Urbana. Enferm Clin. 2010;20(5):286-291*, *Rogero M.E, Albañil M.R, Sánchez M, Rabanal A, Olivas A. Estudio de la relación existente entre el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de un centro de salud en seguimiento desde los 2 años de edad. Semergen. 2011;37(4):173-180*, *Ocampo P. Pérez-Mejía A.N. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. Semergen. 2010;36(6):325-331*, *Grupo Converte. Conferencia de consenso. Identificación, diagnóstico y control del paciente con obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular y metabólico. Med Clin (Barc).2007;128(11):429-37*, *Guitard ML, Torres J, Jürschik MP, Mirada G, Rius P, Torner MT. Factores de riesgo cardiovascular, conocimientos y actitudes acerca de la alimentación. Enferm Clin. 2006;16(2):63-9* y *Guerra M, Pousa L, Charro A, Becoña E. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Semergen. 2009;35(1):15-9.*

- En *Google Académico* se han realizado dos búsquedas, obteniéndose como resultados:
 - Con las palabras clave "Atención obesidad enfermería" un total de 5730 resultados, seleccionando como documento de interés *Gutiérrez-Fisac JL. Epidemiología de la obesidad*.
 - Con las palabras clave "Atención obesidad enfermería NOT infantil" un total de 5180 resultados, seleccionando como documentos de interés *Luna-Rojas JA, Baeza MN, Chávez SM, Morales MT, Olguín ME, Valentín C. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar*. Rev CONAMED 2010; 1 15 supl 1: 11-16 y *Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad*. Rev Sanit 2003;1(3):425-40.
- En la página web oficial del *Ministerio de Sanidad y Política Social* se ha obtenido el documento *Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores*.
- En la página web oficial del *Gobierno de Aragón* se ha obtenido el documento *Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Estrategia PASEAR, Promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón, estrategia 2011-2016*.
- En la página web oficial del *Instituto Nacional de Estadística* se han obtenido diversas gráficas sobre prevalencia de obesidad adjuntas en otros anexos.

ANEXO VI: RESUMEN PROTOCOLO OBESIDAD C. S. PARQUE ROMA

El trabajo en los centros de Atención Primaria actualmente está totalmente informatizado. Se utiliza el programa informático **OMI-AP**; que archiva los datos que se registran de cada paciente y de manera automática va generando diferentes tareas a realizar.

El sistema guarda registrados todos los parámetros antropométricos y cuidados que la enfermera realiza sistemáticamente sobre el paciente.

A) Automáticamente el sistema crea un protocolo de seguimiento común, nivel de actividad física y control del peso según requerimientos del paciente que la enfermera tiene que ir actualizando en sucesivas visitas:

PROTOCOLO			
Curso Descriptivo	PC- ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN		
ANAMNESIS Y CONSEJOS	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> REVISIÓN DE: <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> HLP</div> <div><input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDAD</div> <div><input type="checkbox"/> EPOC</div> </div> </div> <div style="width: 60%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Especificar</div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> </div> </div>		
¿Sigue correctamente el tto.?	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
¿Efectos secundarios al tto.?	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
¿La alimentación es adecuada?	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Saturación O ₂ % <input style="width: 50px;" type="text"/>	
¿Realiza suficiente ejercicio físico?	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Expectorcación	
¿Síntomas respiratorios?	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Precordalgia <input type="checkbox"/> Edemas <input type="checkbox"/> Cefalea	
¿Síntomas cardiovasculares?	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Polifagia	
¿Síntomas metabólicos?	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Glucemia capilar <input style="width: 50px;" type="text"/>	
¿Hipoglucemias sintomáticas?	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
PLAN TERAPÉUTICO			
<input type="checkbox"/> Revisión plan terapéutico	<input type="checkbox"/> Consejo antitabaco	<input type="checkbox"/> Consejo antialcohol	
	<input type="checkbox"/> Consejo ejercicio físico	<input type="checkbox"/> Consejo dietético	
	<input type="checkbox"/> Inform. Enfermedad	<input type="checkbox"/> Información plan cuidados	
<input type="checkbox"/> Se entrega información escrita	<input type="checkbox"/> Consejo/información sobre el tratamiento		

PROTOCOLO			
Curso Descriptivo	PC- ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN		
UTILIDADES			
PERFIL GLUCÉMICO			
Antes DES <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ant. CO <input style="width: 50px;" type="text"/>	Antes CE <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Desp. DES <input style="width: 50px;" type="text"/>	Desp. CO <input style="width: 50px;" type="text"/>	Desp. CE <input style="width: 50px;" type="text"/>	
		Madrugada <input style="width: 50px;" type="text"/>	
ÍNDICE ATEROGÉNICO			
Col TOTAL <input style="width: 50px;" type="text"/>	Col HDL <input style="width: 50px;" type="text"/>	Índice Aterogénico <input style="width: 50px;" type="text"/>	
		Colesterol NO-HDL <input style="width: 50px;" type="text"/>	
ACLARAMIENTO DE CREATININA (Cockcroft-Gault)			
			Normal >=90 I.R. Leve 60-89 I.R. Moderada 30-59 I.R. Severa >30
Edad	Peso	Cr. Sér. mg/dl	
Hombres <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Mujeres <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
	CL cr ml/m	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA EN MUESTRA DE ORINA			
Microalbuminuria en la muestra <input style="width: 50px;" type="text"/>	Creatinina en muestra <input style="width: 50px;" type="text"/>	Coc. ALB/CREAT. <input style="width: 50px;" type="text"/>	

PROTOCOLO

HOMBRE xxxxxx
I.H.C xxxxxx **Fecha Nacimiento** XX/YY/ZZZZ **Edad** X Años
EPISODIO OBESIDAD
CURSO DESCRIPTIVO PC- EVALUACIÓN ADULTO OBESIDAD **Profesional** xxxxxxxx

EXPLORACIÓN SALUD - Cartera de Servicios

ANAMNESIS (*) (*) preguntar sólo una vez, en el momento del diagnóstico

¿conducta alimentaria correcta?
 ¿realiza suficiente ejercicio?
 ¿se incluye en el proy. ATCCAPO?

ORIENTACIÓN DIETÉTICA

Grado de actividad que realiza:
 Cálculo del peso ideal: Talla (cm)
 Constante (K) de actividad:
 Tipo de dieta que prescribe:

[] se entrega información escrita

ALTA DEL SERVICIO

En pacientes que: - Expresan su voluntad de no seguir tratamiento
 - Incumplen repetidamente el plan de cuidados
 - O su pérdida de peso ha sido suficiente, con acuerdo mutuo de no perder más
 Marque la siguiente casilla: [] Se excluye de seguimiento intensivo

CONSTANTES (K) DE ACTIVIDAD

Actividad	Hombres	Mujeres
Reposo total	.....28	.....30
Muy ligera	.....35	.....32
Ligera	.....38	.....35
Moderada	.....42	.....40
Intensa	.....50	.....45
Muy intensa	.....55	.....50

GRADO DE ACTIVIDAD

Reposo total	En cama o sentado todo el día
Muy ligera	Oficinistas, amas de casa Profesionales liberales (médicos, abogados...)
Ligera	Músicos, conductores, maestros... Estudiantes, trabajadores de comercio Amas de casa sin electrodomésticos Citados en actividad muy ligera que practiquen ejercicio adicional
Moderada	Agricultores con maquinaria Soldadores, bailarines, fontaneros...
Intensa	Herreros, madereros, leñadores y albañiles
Muy intensa	Deportistas profesionales Agricultores y madereros sin maquinaria

En el momento que se detecta un exceso de peso, falta de actividad física, riesgo cardiovascular u otros que puedan estar asociados con la obesidad y sobrepeso; se crea un plan de cuidados de obesidad y sedentarismo; según protocolo. Hay parámetros que no son registrados por la enfermera, sino que son calculados o determinados por el propio sistema informático, como pueden ser el peso ideal o tipo de dieta prescrita por el médico:

PROTOCOLO		
Curso Descriptivo	PCE-SEDENTARISMO	
SEDENTARISMO		
<input type="checkbox"/> SEDENTARISMO	Tipo de visita	<input type="text"/>
RESULTADOS (HOC)	INDICADORES	Valoración (1 a 5)
<input type="checkbox"/> Forma física	<input type="checkbox"/> Ejercicio habitual	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Conducta de cumplimiento	<input type="checkbox"/> Comunica seguir la pauta prescrita	
INTERVENCIONES (IIC)	ACTIVIDADES	
<input type="checkbox"/> Enseñanza: actividad / ejercicio	<input type="checkbox"/> Informar acerca del beneficio para la salud que supone el ejercicio prescrito <input type="checkbox"/> Ayudar a incorporar actividad/ejercicio en la rutina diaria <input type="checkbox"/> Dar información sobre recursos comunitarios, para aumentar el cumplimiento	

PROTOCOLO		
Curso Descriptivo	PCE-D. NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR	
D. NUTRICIONAL: INGESTA SUP		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico ingesta nutricional por exceso	Tipo de visita	<input type="text"/>
RESULTADOS (HOC)	INDICADORES	Valoración (1 a 5)
<input type="checkbox"/> Conducta de pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Utiliza estrategias de modificación de conducta	<input type="text"/>
INTERVENCIONES (IIC)	ACTIVIDADES	
<input type="checkbox"/> Ayuda para disminuir el peso	<input type="checkbox"/> Informar de los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso / obesidad <input type="checkbox"/> Determinar la motivación para reducir el peso <input type="checkbox"/> Pautar objetivos con el paciente en relación con la alimentación y el ejercicio <input type="checkbox"/> Enseñar a establecer una pauta dietética ajustada al estilo de vida, nivel de actividad y vida social <input type="checkbox"/> Fomentar estilos de vida saludables <input type="checkbox"/> Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación <input type="checkbox"/> Realizar refuerzo positivo de los logros alcanzados	

Cuando un paciente es diagnosticado de obesidad o sobrepeso y se va a iniciar una intervención dietética (según IMC); es necesario realizar una analítica.

Cuando se lleva a cabo este diagnóstico inicial existe la posibilidad de darle unas hojas informativas sobre:

→ **Normas generales para perder peso**, donde explica brevemente qué es la obesidad, cuales son sus causas, por qué es tan importante tratarla, recomendaciones generales, consejos a la hora de comprar, consejos a la hora de comer, consejos a la hora de cocinar y consejos si come fuera de casa para perder peso, junto con recomendaciones sobre ejercicio físico, qué no debo hacer para perder peso...etc.

→ **Dieta base** de las calorías que el paciente requiera (1400, 1800)

→ En caso de padecer **diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperuricemia o gastroenteritis aguda** también hay hojas informativas sobre las patologías y dietas específicas de las mismas.

A partir de entonces, el profesional de enfermería es el encargado de realizar un seguimiento periódico en sucesivas consultas, realizando un control de talla, peso e IMC, controlando factores de riesgo cardiovascular y metabólico, aportando consejo dietético y de actividad física y resolviendo todo tipo de dudas o inquietudes que pueda presentar el/la paciente.

ANEXO VIIa: TABLA RESUMEN REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, MARCO TEÓRICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	NOTAS	FUENTE INFOR.
A Grupo CONVERGE. Identificación, diagnóstico y control del paciente con obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular y metabólico.	Documento de consenso redactado y revisado por el grupo de trabajo CONVERGE; constituido por un equipo de representantes de 10 sociedades científicas españolas		Analizar y evaluar diferentes intervenciones realizadas en la práctica clínica actual para el riesgo cardiovascular y metabólico asociado a la obesidad abdominal para promover la adopción de medidas eficaces de detección, prevención y tratamiento.	El perímetro de cintura es buen marcador de la obesidad abdominal. La estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico permite clasificar a los pacientes en función del nivel de riesgo y facilita la toma de decisiones respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico (educación sobre estilos de vida saludables).	En la práctica real, el cálculo de este riesgo cardiovascular y metabólico sigue utilizándose poco debido tanto por falta de tiempo en las consultas como por falta de consenso sobre la herramienta más adecuada a utilizar	ELSEVIER Med Clin (Barc). 2007;128(11):429-37
B Martos-Cerezuela I, Mancera-Romero J, Sacristán-Visquert E, Poyatos-Ramos r, Rodríguez-Lagos JA et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta de un área de Salud Urbana.	Estudio transversal analítico sobre muestra aleatoria	Muestra aleatoria de 2.270 sujetos obtenida a partir de la población adulta (18-80 años) perteneciente a un centro de salud de Málaga	A cada paciente se le realizó una historia clínica (con datos sociodemográficos), una exploración física y determinaciones analíticas	IMC corporal medio se encontraba en rango de sobrepeso, siendo superior en hombres. el 38% de la muestra presentó sobrepeso y el 22% obesidad. No se encontraron diferencias significativas entre sexos en la prevalencia de obesidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad. El 7% de la muestra presentaba diabetes, el 31% HTA y el 5% ambas. El IMC fue significativamente mayor en pacientes con estas patologías que sin ellas.	Centro de salud situado en zona urbana. Se excluyeron a pacientes con enfermedad asociada grave, terminales o inmovilizados, embarazadas, hospitalizados, con trastornos mentales severos, alcoholismo o drogadicción, menores de 18 y mayores de 80 años. Consideradas pérdidas aquellos pacientes no localizables o que no quisieron participar.	ELSEVIER Enferm Clin. 2010;20(5):286-291
C Guitard Sein Echaluze M, Torres Puig gros J, Jürschik Giménez MP,	Estudio transversal de prevalencia	402 personas entre 18 y 75 años	Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, evaluar la asociación entre presentar factores de riesgo cardiovascular y el nivel de conocimientos	Elevado nivel de conocimientos acerca la influencia de la alimentación sobre el colesterol y sobre la salud en general. Mayor seguimiento de la dieta en personas con factor de	La muestra obtenida estaba constituida por individuos de elevado nivel de estudios y elevado nivel económico.	ELSEVIER Enferm Clin. 2006;16(2):62-8

Mirada Masip G, Rius Tormo P, Torner Benet T. Factores de riesgo cardiovascular, conocimientos y actitudes acerca de la alimentación.			acerca de alimentos, y medir la asociación entre presentar factores de riesgo cardiovascular y seguimiento dietético; mediante una recogida de datos realizada a través de entrevista personal en domicilio.	riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos. Pacientes con hipercolesterolemia con tratamiento farmacológico disminuyen su seguimiento dietético. Por esto, se puede concluir que el escaso seguimiento dietético no se debe a una falta de conocimientos, si no a una falta de actitud.		
D Gutiérrez Fisac JL. Epidemiología de la obesidad.	Monografía. Revisión bibliográfica		Conocer definición, consecuencias, magnitud, variaciones sociodemográficas y tendencia y determinantes de la obesidad			GOOGLE ACADÉMICO

ANEXO VIIb: TABLA RESUMEN REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, ESTUDIOS Y ENSAYOS CIENTÍFICOS SOBRE PÉRDIDA DE PESO Y RIESGOS

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	NOTAS	FUENTE INFOR.
E Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B et al. Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesidad.	Ensayos clínicos controlados aleatorios	Adultos con sobrepeso u obesidad, con comorbilidades como HTA, cardiopatías y DM	Aplicación del modelo transteórico combinadas con estrategias de modificación del estilo de vida (asesoramiento sobre dieta y ejercicio físico)	Repercusión limitada del modelo transteórico sobre la pérdida de peso. Sin embargo, la combinación de este modelo con dieta, actividad física y otras intervenciones como asesoramiento o mediciones antropométricas produjeron cambios significativos en el transcurso de las diferentes etapas de este modelo.	Se identificaron pocos ensayos que cumplieran con los criterios de la revisión. Los ensayos fueron heterogéneos en cuanto a intervenciones y resultados. Tamaños de las muestras pequeños-medios. Evaluaron 3.910 participantes. Ensayos realizados en ámbitos comunitarios, por parte de profesionales sanitarios, con seguimiento a corto plazo. Medida de resultado más utilizada: IMC	Cochrane Cochrane Database of systematic Reviews 2011 Issue 10. Art. No: CD008066. DOI: 10.1002/14651858.CD008066
F Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad.	Revisión bibliográfica sobre ensayos clínicos controlados aleatorios	Adultos con sobrepeso u obesidad al inicio del estudio	Diferentes intervenciones psicológicas en terapias individuales y grupales.	La terapia conductual ocasionó pérdidas de peso significativamente mayores a las del placebo cuando se evaluó como estrategia independiente; sin embargo cuando la terapia conductual se combinó con un tratamiento dieta - ejercicio dio lugar a una mayor reducción de peso. A su vez, el aumento de la intensidad de la intervención conductual aumentó significativamente la reducción de peso.	Cumplieron los criterios de inclusión 36 estudios. Evaluaron 3495 participantes. Se evaluaron principalmente los resultados de las estrategias conductuales y cognitivoconductuales. La terapia cognitiva, psicoterapia, tratamiento de relajación e hipnoterapia se evaluaron en un número más reducido	Cochrane La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2

				Las personas con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones psicológicas, particularmente con estrategias conductuales y cognitivoconductuales.	de estudios.	
G Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular	Revisión bibliográfica sobre ensayos clínicos controlados aleatorios.	Adultos sanos	Intervención dietética con asesoramiento verbal o escrito entregado personalmente o por teléfono a individuos o grupos pequeños	El asesoramiento dietético redujo el colesterol sérico total en 0,16 mmol/ y el colesterol LDL en 0,18 mmol/l después de tres a 24 meses. Los niveles medios de colesterol HDL y triglicéridos no presentaron cambios. La presión arterial sistólica se redujo en 2,07 mmHg y la diastólica en 1,15 mmHg; y la excreción de sodio urinario en 24 horas en 44,2 mmol después de tres a 36 meses. En comparación con ningún asesoramiento, el asesoramiento dietético aumentó la ingesta de frutas y vegetales en 1,25 porciones/día; la ingesta de fibras dietéticas aumentó en 5,99 g, mientras la grasa dietética total como porcentaje de aporte energético total descendió 4,49% y la ingesta de grasa saturada descendió 2,36%.	Se incluyeron 38 ensayos que comparaban el asesoramiento dietético con ningún asesoramiento. Se asignaron al azar 17.871 participantes/grupos. 26 de los 38 ensayos incluidos se realizaron en los EE.UU. Se excluyeron ensayos que incluyeron niños, ensayos para reducir el peso o que incluyeron administración de suplementos.	Cochrane La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2
H Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau	Revisión bibliográfica sobre ensayos clínicos controlados aleatorios	Adultos con prediabetes, con cualquier IMC al inicio del estudio	Programas dietéticos, programas de actividad física y/o estrategias conductuales con el objetivo de conseguir una reducción y control del peso de los participantes sometidos a los	Cuatro de los nueve estudios seleccionados redujeron el peso en 2,8 kg (3,3% del peso corporal inicial) y disminuyeron el índice de masa corporal en 1,3 kg/m ² a lo largo de un año de	9 estudios seleccionados, con un total de 5.168 participantes. El seguimiento osciló entre 1 y 10 años. Poblaciones	Cochrane La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2

J. Intervenciones no farmacológicas para la pérdida de peso a largo plazo en adultos con prediabetes.			correspondientes ensayos.	seguimiento, en comparación con la atención habitual dada a estos pacientes. La pérdida de peso a los dos años fue 2,6 kg en tres de los estudios. Se observaron mejorías moderadas en los pocos estudios que examinaron el control glucémico, la presión arterial o las concentraciones de lípidos. No se hallaron datos sobre calidad de vida o mortalidad. La incidencia de la diabetes fue significativamente inferior en los grupos de intervención respecto a los grupos de control en tres de cinco estudio que evaluaban este resultado. las estrategias de pérdida de peso que utilizaban intervenciones dietéticas, de actividad física o conductuales produjeron mejorías significativas en el peso de las personas con prediabetes y una disminución significativa en la incidencia de la diabetes.	heterogéneas y diferentes y múltiples contextos e intervenciones.	
I Rogerio Blanco M.E, Albañil Ballesteros M.R, Sánchez Martín M, Rabanal Basalo A, Olivas Domínguez A. Estudio de la relación existente entre	Estudio longitudinal retrospectivo de cohortes	153 participantes nacidos en 1989	Estudio de la relación existente entre el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular en población adulta joven de un centro de salud realizando un seguimiento desde los 2 años de edad de cada participante hasta los 18-19 años de los mismos.	Obesidad y sobrepeso frecuentes en población adulta joven: Prevalencia de obesidad de 7.18% y de sobrepeso de 18.3%. el 72.72% de la muestra presentó alteración/es en algún factor de riesgo cardiovascular; observándose una relación significativa entre obesidad e hipertensión, hipertrigliceridemia y HDL	A todos se les realizó peso, talla, cálculo de IMC, perímetro de cintura y cadera y determinación de la tensión arterial. sólo 121 pacientes aceptaron la realización de analítica.	SEMERGEN Semergen. 2011;37(4):173-180

el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven de un centro de salud en seguimiento desde los 2 años de edad.				bajo.		
J Wadden T, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in Primary care practice.	Ensayo clínico controlado aleatorio	390 adultos obesos de seis centros de atención primaria	Médicos y profesionales colaboradores de atención primaria realizaron tres tipos de intervención diferentes sobre estos pacientes con obesidad, pretendiendo evaluar las pérdidas de peso con cada una de ellas: a) visitas trimestrales y educación para el control de peso; b) visitas trimestrales combinadas con sesiones mensuales dirigidas por personal especializado en actividad física y estilo de vida saludable; c) igual que la intervención anterior, con medicación añadida para potenciar la pérdida de peso	La reducción del peso fue: a) 21.5%, b) 26%, c) 34.9%. La adquisición de conocimientos fue mayor en intervención b, y menos en intervención a.	No se produjeron reacciones adversas en ninguna de las tres intervenciones	PUBMED N Engl J Med 2011; 365:1969-1979
K Jebb SA, Ahern AL, Olson AD, Aston LM, Holzapfel C et al. Primary care referral to a commercial provider for	Ensayo clínico controlado aleatorio	772 adultos con sobrepeso y obesidad en centros de atención primaria	Se distribuyó aleatoriamente a través de un programa informático a los pacientes en dos tipos de intervenciones diferentes: atención y control estándar de la obesidad en el centro de atención primaria, o suscripción gratuita a un programa comercial de pérdida de peso; durante un	Los sujetos participantes en el programa comercial de pérdida de peso perdieron dos veces más que los sujetos controlados en el centro de atención primaria, acompañado de una reducción del perímetro de cintura (PC) y de masa grasa en todas las evaluaciones realizadas. Los	No se produjeron reacciones adversas durante el estudio	PUBMED Lancet. 2011 October 22; 378(9801): 1485-1492

weight loss treatment versus Standard care: a randomised controlled trial.			año. Se pretendía conocer los resultados de pérdida de peso en ambas	resultados en analíticas de sangre no tuvieron diferencias significativas entre ambas intervenciones.		
L Sniehotta FF, Dombrowski SU, Avenell A, Johnston M, McDonald S et al. Randomised controlled feasibility trial of an evidence-informed behavioural intervention for obese adults with additional risk factors.	Ensayo clínico controlado aleatorio	81 sujetos obesos con factores de riesgo adicionales, tales como diabetes mellitas, intolerancia a la glucosa o hipertensión	Los sujetos fueron asignados al azar en dos grupos: un grupo de control con una atención estándar, y en terapia grupal con sesiones de 90 minutos guiados por personal experto con un control sobre actividad física y dieta	Se demostró la factibilidad y aceptabilidad en ambas intervenciones, además de la reducción de peso, perímetro de cintura (PC) y % de grasa corporal.		PUBMED PLoS ONE 6(8): e23040. DOI: 10.1371/journal.pone.0023040
M Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Wellings K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial.	Ensayo clínico controlado aleatorio	123 adultos con IMC > 27 kg/m ²	Los participantes fueron distribuidos al azar en cuatro tipo de intervenciones: a) educación y apoyo sobre estilo de vida saludable; b) educación y apoyo sobre estilo de vida saludable y administración de podómetro; c) atención estándar; d) atención estándar y administración de podómetro. Las cuatro intervenciones sobre el control del peso se realizaron en atención primaria durante 12 semanas	Se logró mayor pérdida de peso con el apoyo y educación sobre el estilo de vida saludable y con la administración del podómetro	Los participantes consideramos muy útil esta intervención	PUBMED Br J Pract 2003; DOI: 10.3399/bjgp09X420617

ANEXO VIIc: TABLA RESUMEN REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, ACTITUDES, APTITUDES Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	NOTAS	FUENTE INFOR.
N Millán Cuesta B, Gil Millán P. Grado de información de la sociedad sobre la repercusión de la obesidad sobre el estado de bienestar individual y social.	Estudio descriptivo		Revisión bibliográfica con uso de Internet, redes sociales, observación de publicidad (tanto de productos de alimentación como de productos para perder peso) en diversos medios de prensa escrita y televisión para comprobar el grado de información de la sociedad sobre la repercusión de la obesidad sobre el estado de bienestar individual y social	Detectada falta de información sobre causas, prevención, riesgos asociados y tratamiento adecuado de la obesidad. En general, la sociedad no considera la obesidad como un problema que puede comprometer tanto el estado de salud individual, como el estado de bienestar social debido a los gastos que está patología ocasiona.	Se ha observado que en numerosas ocasiones, la publicidad crea expectativas inalcanzables en personas con obesidad, y no promueve en muchos casos los estilos de vida saludables. Además un alto número de personas con exceso de peso alegan que desean conseguir un peso adecuado por motivos estéticos y psicológicos, y no por motivos de salud.	CUIDEN Paraninfo Digital. Monográficos de investigación en salud. ISSN: 1988-3439 – AÑO V – N. 14 – 2011
O Prida Villa E, Monzón Fernández MA, Sandoval González V, Macía Bobes C. Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria.	Estudio descriptivo		Propuesta de medidas y actuaciones de enfermería a desarrollar en los centros de Atención Primaria del Sistema Público de Salud, con el fin de ofrecer planes de acción individualizados y de calidad a pacientes con obesidad.	El contexto de la obesidad como enfermedad y las consultas de enfermería de adultos de los centros de atención primaria del Sistema Público de Salud español pueden resultar idóneas para crear un clima adecuado para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la obesidad; pero queda patente la necesidad de cambios en algunos aspectos organizativos y funcionales, así como en la preparación y formación de los profesionales sanitarios y educación e		ELSEVIER Enferm Clin. 2010;20(6):366-369

				información de los pacientes que la padecen.		
<p>P</p> <p>Ocampo Barrio P, Pérez Mejía AN. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad.</p>	Estudio cualitativo, observacional, transversal y analítico	<p>Muestreo de conveniencia con participación voluntaria de 8 personas mayores de 18 años, de los cuales 5 presentaban obesidad grado I, 2 obesidad grado II y 1 obesidad grado III</p>	<p>Se realizaron 3 entrevistas individuales por participante de 90 minutos de duración y audiograbadas para conocer sus creencias y percepciones sobre su estado de salud categorizadas en: imagen corporal y riesgo para la salud, relación social y tratamientos reductivos</p>	<p>Los ocho participantes asociaban su estado ponderal con el éxito y la vitalidad. tenían una visión distorsionada de su estado de salud.</p>	<p>Los participantes no padecían ninguna enfermedad crónica degenerativa ni psiquiátrica</p>	<p>SEMERGEN</p> <p>Semergen. 2010;36(6):325-331</p>
<p>Q</p> <p>Guerra García M, Pousa Estévez L, Charro Salgado A, Becoña Iglesias E. Evaluación de la actitud y las dificultades que los médicos de Atención Primaria tienen ante el diagnóstico y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.</p>	Estudio descriptivo transversal, con muestreo aleatorio	<p>200 cuestionarios distribuidos entre médicos de atención primaria.</p>	<p>Cuestionario autoaplicable validado y anonimizado de 61 ítems de variables sociodemográficas, medios, procedimientos, actitudes y necesidades. Los ítems se realizaron previa revisión exhaustiva de material y bibliografía sobre la actitud y dificultades que tienen los médicos de atención primaria ante el diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad</p>	<p>El 83.33% de los encuestados consideran que existe falta de tiempo en las consultas. El 68.52% declara falta de formación en dietas individualizadas. 72.22% opinan que los pacientes no aceptan la obesidad como problema de salud. Para el 77.78% no hay colaboración suficiente por parte de los pacientes. Además, el 68.88% siente frustración ante la dificultad para que los pacientes pierdan peso, y el 89.19% de los médicos defiende que disponer de más tiempo, información y colaboración con otros profesionales especializados mejoraría la atención a la obesidad.</p>		<p>SEMERGEN</p> <p>Semergen. 2009;35(1):15-9</p>
<p>R</p> <p>Martínez Riera JM. Consulta de enfermería a demanda en</p>	Estudio observacional descriptivo analítico		<p>Análisis de la revisión bibliográfica centrado en estudios sobre consultas de enfermería, para identificar los problemas más frecuentes y proponer mejoras</p>	<p>Es necesario plantear un cambio en la metodología desarrollada en las consultas de enfermería; mejorando la atención y la calidad de la misma, así como la</p>		<p>ELSEVIER</p> <p>Rev Adm Sanit 2003;1(3):425-40</p>

Atención Primaria. Reflexión de una necesidad.				información prestada al paciente. Existe una insatisfacción por parte de los profesionales de enfermería.		
S Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez García C, González Neubauer V et al. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud.	Estudio observacional descriptivo con enfoque metodológico mixto cualicuantitativo	237 pacientes que acudieron a la consulta de enfermería de nueve centros de salud	Recoger opiniones, conocer el grado de satisfacción y el grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería; mediante entrevistas con preguntas abiertas y cerradas con el posterior análisis cualicuantitativo	Más de la mitad de los pacientes estudiados declaran que les gustaría participar en la toma de decisiones en las consultas de enfermería, algo que los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta.	El motivo principal por el que los pacientes acudieron a la consulta de enfermería fue el control y/o seguimiento de enfermedad crónico, donde el 57% de las consultas fueron por obesidad.	ELSEVIER Enferm Clin. 2011;21(3):136- 142
T Luna Rojas JA, Baeza Capetillo MN, Chávez Cruz SM, Morales Rico MT, Olgún Cabrera ME, Valentín Galicia C. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar.	Estudio descriptivo transversal cuantitativo	270 mujeres con obesidad de 20 a 39 años	Evaluar el grado de conocimiento sobre actividad física en la muestra seleccionada, con recolección de datos mediante el instrumento CENITESIS, dividido en dos secciones: variables sociodemográficas y conocimiento sobre actividad física a través de 26 enunciados	La muestra presenta un nivel de conocimientos sobre actividad física deficiente; que no guarda relación con el grado de escolaridad de los sujetos. WI 58.9% presentó conocimiento total, el 37.4% conocimiento suficiente, el 3.3% poco conocimiento y el 0.4% ningún conocimiento		GOOGLE ACADÉMICO Rev CONAMED 2010; 1 15 supl 1: 11-16
U Tsai AG, Abbo ED, Orden LG. The time burden of overweight and obesity in primary	Estudio descriptivo. Revisión bibliográfica		Análisis de patologías que guardan relación con el peso, como obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares u osteomusculares en consultas de atención	Aproximadamente, el 8% de las visitas realizadas en atención primaria están dedicadas al control del peso.	El resto del estudio estaba dirigido hacia un programa del que disponen en centros de atención primaria de EEUU, que carece de relevancia para	PUBMED BMC Health Services Research 2011, 11:191

care.			primaria durante un año para calcular el tiempo atribuible a visitas relacionadas con el control ponderal		esta revisión bibliográfica	
V Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care.	Estudio descriptivo	10 médicos y 10 enfermeras de 19 centros de atención primaria	Conocer mediante entrevistas semiestructuradas la percepción que tiene el personal sanitario de atención primaria sobre los pacientes con sobrepeso y obesidad	En general, se defendió la idea de que la obesidad tiene que ser una prioridad en la actualidad. Hubo opiniones en contra, que defendían que la obesidad no era una enfermedad como tal, por lo que debía ser tratada por otros profesionales especializados, y no tratarse en centros de atención primaria. Todos defienden el respeto y la atención individualizada. Se considera también que las actitudes de los pacientes en ocasiones dificultan un encuentro fructífero y la obtención de buenos resultados.	Este artículo defiende que es necesaria más investigación respecto a este tema.	PUBMED BMC Family Practice 2011, 12:7
W Counterweight Project Team. Evaluation of the counterweight programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement.	Estudio descriptivo	Se analizó a 1.906 pacientes con IMC > 30 kg/m ² o IMC > 28 kg/m ² con comorbilidades asociadas	Evaluación de un modelo de mejora de atención a pacientes con sobrepeso y obesidad en atención primaria	30.7% de los asistentes consiguieron una pérdida de peso >5% a los doce meses, y 31.9% a los veinticuatro meses		PUBMED British Journal of General Practice 2008; 58:548-554
X Brotans C, Ciruana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M et al.	Estudio descriptivo	1976 médicos de centros de atención primaria	Se realizó una encuesta por correo a la totalidad de los participantes para obtener información acerca de las creencias y actitudes sobre prevención y promoción de	El 60% mostró desasosoramiento. 58% de los encuestados afirmaron sentirse poco eficaces para ayudar a pacientes obesos a alcanzar su peso ideal. 4 de		PUBMED Am J Clin Nutr 2003; 77(suppl): 1048S – 51S

Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe.			salud; y otra encuesta a 15 médicos representantes del total sobre pautas de dietas	los 15 encuestados por segunda vez afirmaron que tenían sus propias publicaciones sobre intervenciones dietéticas. 10 de los 15 respondieron que se utilizan una serie de recomendaciones nutricionales en las consultas. 11 de los 15 respondieron que tanto el médico de atención primaria como la enfermera asesoran a los pacientes sobre hábitos dietéticos. 4 de los 15 respondieron que sólo es el médico el que realiza pautas dietéticas.		
Y Ter Bogt N, Bemelmans W, Beltman F, Broer J, Smit A et al. Preventing weight gain by lifestyle intervention in a general practice setting.	Ensayo clínico controlado aleatorio	457 pacientes con IMC entre 25 y 40 kg/m ²	Los participantes fueron divididos en dos grupos: el primer grupo recibió orientación dietética y de estilo de vida saludable por parte de la enfermera; y el segundo grupo recibió asesoramiento por parte del médico de atención primaria. Se pretende determinar si un asesoramiento u otro modifican los resultados conseguidos en el paciente	En ambos grupos, aproximadamente el 60% de los participantes consiguieron el peso deseado pasados tres años. Se observaron diferencias significativas en la pérdida de peso: el grupo asesorado por enfermería perdió -1.2% de peso y -0.8% de perímetro de cintura; mientras que el grupo asesorado por el médico perdió -0.6% de su peso y -0.4% de perímetro de cintura.	En ambos fue efectiva la prevención de ganancia de peso	PUBMED Arch Intern Med. 2011;171(4):306-313